

## Erklärung über die Entbindung von der (ärztlichen) Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

**Name:**

**Vorname:**

**Adresse:**

**Geburtsdatum:**

alle mich behandelnde Ärzte, Krankenhäuser, Gutachter, Versicherungsträger und Behörden aller Art

**in der Angelegenheit:**

von ihrer Pflicht zur Verschwiegenheit.

Ich erkläre mich einverstanden, dass **Rechtsanwalt Kamil Ugur** oder eine der mit meiner Angelegenheit befasste Stelle

- alle mich betreffenden Krankenunterlagen (z.B. ärztliche Berichte, Röntgenaufnahmen, Untersuchungsbefunde)
- Akten von Gerichten, Behörden und Versicherungsträgern aller Art, in denen sich ärztliche Befunde befinden können,
- Behandlungs- und Befundberichte von Ärzten, Krankenhäusern, Massagepraxen oder dergleichen, bei denen ich in Behandlung bin oder war

in Kopie gegen angemessene Kostenerstattung anfordert und sonstige Einkünfte einholt.

Mit der Nutzung und Verarbeitung meiner Sozialdaten zum Zwecke der Wahrnehmung meiner Rechte bin ich einverstanden.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift